

# PERFORMANTIEMAATSTAVEN VOOR ONTSLAGMANAGEMENT

## EEN AANZET TOT KWALITEITSMETING

P. Moons, R. Cnuts, W. Decat, D. Goeminne, N. Halans, J. Verbeke, R. Verdoodt, K. Marquet, N. Pasquasy & C. Gosset

*Philip Moons is verpleegkundige en doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen en is werkzaam als docent aan het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven, en als verpleegkundig specialist in de Universitaire Ziekenhuizen Leuven.*

*Ria Cnuts is sociaal verpleegkundige en is werkzaam als diensthoofd patiëntenbegeleiding en ontslagmanager in het AZ Vesalius te Tongeren.*

*Wouter Decat is sociaal verpleegkundige en licentiaat Medisch-Sociale wetenschappen en is momenteel werkzaam als stafmedewerker bij het VVI. Voorheen was hij ontslagmanager en coördinator psychiatrische thuiszorg in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Jozef te Kortenberg.*

*Dirk Goeminne is maatschappelijk assistent en is werkzaam als hoofd van de dienst Maatschappelijk Welzijn van het psychiatrisch centrum St. Amedeus te Mortsel.*

*Nathalie Halans is sociaal verpleegkundige en is werkzaam op de sociale dienst en als ontslagmanager in het Revalidatiecentrum Hof Ter Schelde te Antwerpen.*

*Jenny Verbeke is maatschappelijk assistente werkzaam op de sociale dienst van het ziekenhuis AZ Maria Middelaars te Sint-Niklaas. Daar coördineert zij de implementatie van ontslagmanagement.*

*Rina Verdoodt is maatschappelijk assistent en is werkzaam als hoofd van de sociale dienst van het Nationaal Centrum voor Multiple Sclerose te Melsbroek.*

*Kristel Marquet is licentiaat Medisch-Sociale Wetenschappen en werkzaam als docente aan het Provinciaal Instituut voor Verpleegkunde te Hasselt.*

*Nathalie Pasquasy is werkzaam als wetenschappelijk medewerker aan de School voor Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Universiteit Luik.*

*Christiane Gosset is arts en werkzaam als docente aan de School voor Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Universiteit Luik.*

Sinds eind jaren 90 wordt ontslagmanagement in België uitgevoerd in algemene en psychiatrische ziekenhuizen en in revalidatiecentra. Verscheidene studies hebben de effectiviteit van ontslagmanagement ter bevordering van de continuïteit van zorg voor kwetsbare patiëntengroepen kunnen aantonen. Adequate performantietingen ontbreken echter tot op heden. Dit artikel heeft als doel de beschikbare evidentie te bespreken, de huidige context van ontslagmanagement in België te situeren en empirisch gegenereerde performantiemaatstaven voor ontslagmanagement voor te stellen. Deze maatstaven kunnen een aanzet geven aan individuele ziekenhuizen om hun performantie op het vlak van ontslagmanagement te evalueren door middel van interne audits. Daarnaast kan deze lijst van performantiemaatstaven gebruikt worden door de overheid om een wetgevend kader te creëren, of om de evaluatie van ontslagmanagement door visitatiecommissies te kunnen sturen.

## Inleiding

Ontslagmanagement is een methodiek die eind jaren 90 in de Belgische ziekenhuizen werd ingevoerd om een antwoord te bieden op de alsmaar kortere verblijfsduur in ziekenhuizen en de trend tot 'extramuralisering'. Ontslagmanagement kan worden gedefinieerd als *"de fasische en gestructureerde ontslagvoorbereiding die start bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten met een complexe of continuïteitsproblematiek en hun mantelzorgers een geïndividualiseerd zorgpakket, interdisciplinair en in overleg met externe hulpverleners wordt samengesteld en uitgevoerd. Dit zorgpakket omvat zowel klinische, organisatorische als financiële aspecten, en beoogt een optimale reïntegratie in het thuismilieu. De methodiek van dit zorgproces wordt gecoördineerd en opgevolgd door de ontslagmanager."* (cfr Expert groep ontslagmanagement)

Tot op heden zijn er reeds heel wat studies uitgevoerd die de effecten van gestructureerde en goed begeleide ontslagvoorbereiding hebben onderzocht. Een meta-analyse van studies naar ontslagmanagement bij ouderen na opname in een acuut ziekenhuis heeft aangetoond

dat significant minder ouderen in een residentiële zorginstelling worden opgenomen indien ze ontslagmanagement krijgen (Hyde, Robert, & Sinclair, 2000). Dit effect is 6 tot 12 maanden na ontslag nog vast te stellen. Deze meta-analyse toonde echter ook aan dat er geen duidelijk effect van ontslagmanagement op de preventie van heropnames in ziekenhuizen bestaat (Hyde et al., 2000).

In België werd door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (K.U.Leuven) en de Ecole de Santé Publique (ULg) onderzoek verricht naar de effecten van ontslagmanagement bij ouderen, opgenomen in een acuut ziekenhuis. Uit deze studie blijkt dat ontslagmanagement bij geriatrische patiënten in staat is institutionalisering in ROB of RVT te voorkomen, maar dat het niet het aantal heropnames kan reduceren (Moons et al., 1999). Deze resultaten liggen dan ook volledig in de lijn van de internationale literatuur.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ontslagmanagement en case management toegepast. Een meta-analyse

over de effecten van case management in de geestelijke gezondheidszorg toont aan dat bepaalde vormen van case management, meer bepaald 'Assertive Community Treatment' en 'Clinical Case Management' de ligduur van patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen verminderen (Ziguras & Stuart, 2000). Wat betreft het aantal heropnames werd vastgesteld dat 'Assertive Community Treatment' preventief werkt, maar dat het aantal heropnames bij 'Clinical Case Management' zelfs hoger ligt dan bij patiënten die de standaardzorg krijgen (Ziguras et al., 2000). In een ander systematisch literatuuronderzoek werd bevestigd dat patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen door case management georganiseerd door het ziekenhuis een sterkere band met de intramurale hulpverleners hadden, waardoor het aantal heropnames steeg (Marshall, Gray, Lockwood, & Green, 2000).

De bevindingen van onderzoek naar de effecten van ontslagmanagement in Belgische psychiatrische ziekenhuizen liggen ook in deze lijn. Daar waar voor patiënten met stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen of een aan midde-len gebonden stoornis geen verschil in heropnames werd gevonden, kon voor patiënten met schizofrenie of andere psychotische stoornissen toch een verhoging van het aantal heropnames vastgesteld worden (de Froidmont et al., 2001). Naast de resultaten in termen van heropnames en institutionalisering werden in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen ook nog tal van andere effecten vastgesteld, die meer het proces van de ontslagbegeleiding benaderen. Zo heeft dit onderzoek getoond dat het werken volgens de methodologie van ontslagmanagement bijdraagt tot het sneller, meer systematisch en grondiger kennen van de 'continuïteitsproblemen' bij patiënten (Moons et al., 1999). Hierdoor werd ade-

quater en sneller ingespeeld op de noden van de patiënt en familie. Men startte immers met de begeleiding van bij de opname op de afdeling. Tevens heeft ontslagmanagement bijgedragen tot een mentaliteitsverandering, waarbij het belangrijk is dat de zorg vertrekt vanuit de behoeften van de patiënt zelf en zijn omgeving, en niet vanuit de interpretatie die zorgverleners eraan geven. De expliciete aandacht die de noden van centrale verzorgers krijgt, betekende een belangrijke meerwaarde, daar mantelzorgers een cruciale rol hebben in het kunnen thuisblijven van zorgbehoevende patiënten. Niet zelden heeft ontslagmanagement geleid tot een betere teamwerking. Het project heeft op verscheidene afdelingen aanleiding gegeven tot het opstarten van multidisciplinaire teamvergaderingen. Indien er reeds een traditie van zorgoverleg bestond, gaf dit project een aanzet tot een meer gestructureerd en efficiënt verloop van de multidisciplinaire teamvergaderingen. Ook is een betere kennis van, en een grotere waardering voor de input van hulpverleners zoals logopedisten, ergotherapeuten, kinesisten en sociaal werkers ontstaan (Moons et al., 1999). De verbeterde teamwerking betreft niet alleen de intramurale hulpverleners. Ontslagmanagement heeft in belangrijke mate de wederzijdse samenwerking tussen het ziekenhuis en de extramurale partners versterkt. Samenwerken betekent in eerste instantie het erkennen van elkaars verschillen op vlak van deskundigheid, visie en belangen (Moons et al., 1999; Hillewaere, Decat, & Moons, 2003). De uitdaging bestond erin om te zoeken naar raakpunten en elkaars mogelijkheden en beperkingen te hanteren in het uitbouwen van regionale zorgfuncties (Hillewaere et al., 2003). Ontslagmanagement heeft tevens een andere kijk mogelijk gemaakt op ontslag tegen advies. Waar dit voorheen veelal het einde van de begelei-

ding impliceerde, wordt de periode na ontslag nu overbrugd via overleg met de patiënt en de extramurale partners. Op deze wijze kan de draad sneller opgenomen worden bij een eventuele heropname (Hillewaere et al., 2003).

## Ontslagmanagement anno 2005

De positieve effecten van ontslagmanagement hebben ertoe geleid dat de federale overheid heeft beslist om de ziekenhuizen financieel te blijven ondersteunen om de toepassing van ontslagmanagement te continueren. Voor de algemene en universitaire ziekenhuizen die ontslagmanagement toepassen op hun geriatrische diensten (G-diensten) is via de nieuwe wetgeving op de ziekenhuisfinanciering (KB van 25/04/2002; B.S. 30/05/2002) een structurele financiering voor ontslagmanagement voorzien. Zeer recentelijk werd ook voor de geïsoleerde G-diensten een gestructureerde financiering vastgelegd (KB van 11/07/2005; B.S. 25/07/2005). Voor de Sp-diensten in revalidatiecentra met meer dan 80 bedden, en opnamediensten in psychiatrische ziekenhuizen (A-diensten) werden jaarlijks contracten tussen de federale overheid en de respectievelijke ziekenhuizen afgesloten, in afwachting van een structurele financiering. Anno 2005 zijn er 114 G-diensten geïntegreerd in ziekenhuizen, 8 geïsoleerde G-diensten, 19 Sp-diensten, en 49 psychiatrische ziekenhuizen (A-diensten) die de methodiek van ontslagmanagement toepassen (E. De Ridder, persoonlijke communicatie 31/5/2005).

## Invulling van ontslagmanagement

Uit de definitie van ontslagmanagement blijkt duidelijk dat deze methodiek zich op 3 niveau's afspeelt: micro-niveau, meso-niveau en macro-niveau. Ontslagmanagement op micro-niveau situeert zich rond de individuele patiënt. Hierbij wordt de patiënt volgens een gestructureerd proces opgevolgd. De verschillende fasen van ontslagmanagement zijn: [1] screening van risicopatiënten; [2] een brede, maar ook diepgaande gegevensverzameling van de fysieke, psychische en sociale gezondheidsnoden van de patiënt; [3] het interdisciplinair bepalen van zorgdoelen en het opstellen van een zorgplan, in samenspraak met de patiënt en zijn omgeving; [4] uitvoering van het zorgplan; en [5] een regelmatige evaluatie en bijsturing van de vooropgestelde doelen en acties (Moons et al., 1999). Ontslagmanagement op micro-niveau speelt zich af in multidisciplinaire teams waar elke hulpverlener zijn verantwoordelijkheden in zorg heeft, maar waar de ontslagmanager de coördinerende taak op zich neemt. Een sterke link met de sociale dienst is hierbij onmisbaar.

Ontslagmanagement op meso-niveau betekent dat er ziekenhuisbreed gewerkt wordt aan het creëren van een cultuur die continuïteit van zorg bevordert en bewaakt, zodat ontslagmanagement op micro-niveau efficiënt en effectief kan uitgevoerd worden. Om dit te realiseren is het wenselijk dat elk ziekenhuis een stuurgroep of kwaliteitscel heeft die initiatieven neemt om deze cultuur te initiëren en te bestendigen. Dit kan geïntegreerd worden in bestaande kwaliteitsstuurgroepen voor zover alle relevante personen hierbij betrokken zijn. Het is belangrijk dat in dergelijke groep de verschillende departementen en diensten die betrokken zijn

bij de continuïteit van zorg vertegenwoordigd te zijn. Kerntaken van deze stuurgroep kunnen zijn:

- Krachtlijnen omtrent ontslagbeleid bepalen en integreren in een beleidsplan
- Bevorderen van interdisciplinaire werking
- Ontwikkelen van interne communicatiestructuren
- Randvoorwaarden en instrumenten creëren die de implementatie van ontslagmanagement op micro-niveau faciliteert. Om afgebakende onderwerpen uit te werken kunnen ad hoc werkgroepen samengesteld worden.
- Competentie-ontwikkeling en permanente vorming
- Kwaliteit van ontslagmanagement bevorderen, bewaken en bijsturen
- Opstellen van een activiteitenrapport ten behoeve van de directie en de federale overheid

Op macro-niveau situeert ontslagmanagement zich op het vlak van samenwerking met thuiszorgdiensten, nazorginstaties of revalidatiediensten. Een goede samenwerking met deze extramurale voorzieningen is cruciaal met het oog op continuïteit van zorg en hervulpreventie. Om dit te realiseren dient een overlegorgaan te worden geïnstalleerd, waarin zowel vertegenwoordigers van het ziekenhuis als de extramurale diensten waarmee wordt samengewerkt zetelen. Kerntaken van dit orgaan kunnen zijn:

- Krachtlijnen omtrent transmurale samenwerking bepalen en inpassen in het algemeen beleidsplan van het ziekenhuis
- Krachtlijnen omtrent ontslagbeleid vanuit de stuurgroep/kwaliteitscel inpassen in het algemeen beleidsplan van het ziekenhuis
- Ontwikkelen van, participeren in, en faciliteren van transmurale communicatiestructuren

- Opstellen of bijsturen van samenwerkingsprotocollen met extramurale diensten
- Inschakeling van het ziekenhuis in zorgnetwerken
- Kwaliteit van de samenwerking bevorderen, bewaken en bijsturen
- Uitdragen van expertise naar samenwerkingspartners

## **Performantiemaatstaven van ontslagmanagement**

Tot op heden is het moeilijk om na te gaan in welke mate in de ziekenhuizen ontslagmanagement op een goede wijze wordt geïmplementeerd. Dit is belangrijk voor individuele ziekenhuizen in het kader van interne audits of voor visiterende instanties om de kwaliteit van de dienstverlening in de ziekenhuizen te evalueren. Daarom wordt zowel vanuit de ziekenhuissector als vanuit de overheid de nood aan performantiemaatstaven of indicatoren van ontslagmanagement sterk aanvoeld. Dit was de aanzet om empirisch gefundeerde performantiemaatstaven van ontslagmanagement te ontwikkelen. De klemtoon ligt hierbij niet zozeer op structuurmaatstaven, dan wel op het proces en de resultaten (outcome) van ontslagmanagement (Donabedian, 1980).

## **Onderzoekopzet**

In een open bevraging konden ontslagmanagers van G-, Sp- en A-diensten aangeven wat zij als performantiemaatstaven van goed ontslagmanagement zagen. Een performantiemaatstaf wordt gedefinieerd als "een kwantitatief instrument (bijvoorbeeld een cijfer, ratio, index, percentage) dat een indicatie geeft van de performantie van een organisatie met be-

**Tabel 1:**  
Performantiemaatstaven van ontslagmanagement op micro-niveau

| Labels   | Omschrijving   | Operationalisatie  |
|--|--|--|
| Systematische screening                        | Systematische screening van alle patiënten die worden opgenomen op de afdeling om risicopatiënten te detecteren. Screening dient geïntegreerd te zijn in het opnamegesprek/ de verpleegkundige anamnese<br>NB: de specifieke screeningscriteria dienen bepaald te worden op basis van de doelstellingen: vermijden van rehospitalisatie en institutionalisering  | Aantal patiënten opgenomen op de afdeling die gescreend zijn<br>*100   |
| Start ontslagmanagement bij elke risicopatiënt | Als een risicopatiënt wordt gedetecteerd, moet die ontslagmanagement aangeboden krijgen  | Aantal patiënten die positief gescreend zijn en OM krijgen<br>*100   |
| Interdisciplinaire gegevensverzameling         | Uitgebreide interdisciplinaire gegevensverzameling bij de risicopatiënten: gegevensverzameling in breedte en diepte door middel van gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten / vragenlijsten<br>Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cognitief functioneren</li> <li>• emotioneel functioneren</li> <li>• fysiek functioneren</li> <li>• sociaal functioneren/ sociale omgeving</li> <li>• reden van eventuele heropname</li> <li>• enz.</li> </ul> Bronnen: vroeger verzamelde gegevens; patiënt; mantelzorgers; extramurale hulpverleners<br>Omwille van de specificiteit van ontslagmanagement dienen volgende variabelen zeker in deze interdisciplinaire gegevensverzameling opgenomen te worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluatie van de thuiszorg vóór de huidige opname</li> <li>• contact met de huisarts</li> <li>• zorgbelasting</li> </ul> | Beschrijving van de teamleden die gegevens verzamelen<br>Beschrijving hoe de gegevens worden verzameld<br>Beschrijving hoe de gegevens worden getrapporteerd |
| Interdisciplinair dossier                      | Gebruik van gestructureerd, interdisciplinair dossier, waarin de verzamelde gegevens systematisch worden gerapporteerd, en dat toegankelijk is voor alle leden van het interdisciplinair team.   | Aantal patiënten met een ingevuld en beschikbaar interdisciplinair dossier<br>*100<br>Aantal patiënten die OM krijgen  |

|  |   |   |      |
|--|---|---|------|
| Interdisciplinaire patiëntenbespreking | <p>Vertrekkend vanuit de interdisciplinaire gegevensverzameling komt het interdisciplinaire team in de patiëntenbespreking tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identificatie van de concrete zorgnoden / zorgvragen</li> <li>• gemeenschappelijke doelstellingen, rekening houdend met verwachtingen, doelstellingen en mogelijkheden van de patiënt en zijn / haar omgeving</li> <li>• interdisciplinaire zorgplanning waarin wordt afgesproken wie waarvoor verantwoordelijk is (wie, wat, waar, wanneer en hoe)</li> <li>• rapportage van zorguitkomsten</li> <li>• evaluatie en bijsturing van doelstellingen en zorgplanning</li> </ul> <p>NB: We vertrekken vanuit de idee dat iedere patiënt een zorgplan zou moeten hebben. Specifiek voor ontslagmanagement is de betrokkenheid van de patiënt, familie en de huisarts</p> | Omschrijving van de inhoud en het proces van de interdisciplinaire patiëntenbespreking  |      |
| Verslaggeving van patiëntenbespreking  | Van deze patiëntenbespreking wordt systematisch verslag gemaakt in het interdisciplinaire dossier   | Aantal patiënten waarvan minstens 1 verslag van interdisciplinaire teambesprekingen is  | *100 |
| Uitvoering en evaluatie zorgplan       | Uitvoering van het interdisciplinaire zorgplan en wekelijkse evaluatie of de doelstellingen van het zorgplan behaald werden   | <p>Aantal patiënten die OM krijgen</p> <p>Aantal patiënten met een wekelijks rapport aangaande de behaalde doelstellingen</p> <p>Aantal patiënten die OM krijgen</p>  | *100 |
| Interdisciplinaire ontslagplan         | Opmaak van een interdisciplinaire ontslagplan, waarin alle aspecten die een optimale reïntegratie in het thuismilieu beïnvloeden, worden opgenomen. Dit ontslagplan maakt deel uit van het interdisciplinaire dossier en wordt, met akkoord van de patiënt / familie, onderhandeld en gecommuniceerd met extramurale hulpverleners.   | <p>a. Aantal patiënten die op het ogenblik van het ontslag een interdisciplinaire ontslagplan hebben dat aanvaard is door de patiënt / familie</p> <p>Aantal patiënten die OM kregen en ontslagen worden</p> <p>b. Aantal patiënten voor wie het ontslagplan wordt uitgewerkt zoals voorzien (o.w.v. een tekort aan thuiszorg / nazorg)</p> <p>Aantal patiënten waarvoor een ontslagplan werd opgesteld</p> | *100 |



|                                  |   |  |      |
|----------------------------------|---|--|------|
| Zorgoverleg                      | Bij complexe zorgnoden / zorgvragen kan een zorgoverleg worden georganiseerd. Bij dit zorgoverleg zijn naast de patiënt en omgeving de relevante intra- en extramurale hulpverleners aanwezig. In dit zorgoverleg worden: <ul style="list-style-type: none"><li>• afspraken gemaakt om een optimale reïntegratie in het thuismilieu te bewerkstelligen</li><li>• afspraken gemaakt hoe de nazorg wordt georganiseerd</li><li>• afspraken gemaakt wie de coördinatie van zorg na ontslag op zich neemt</li></ul> | Aantal patiënten waarvoor een zorgoverleg werd georganiseerd   | *100 |
| Ontslagdatum tijdig bekend maken | Voorziene ontslagdatum tijdig bekend maken aan huisarts / professionele thuiszorg / mantelzorg, zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd is. <ul style="list-style-type: none"><li>• G: indicatief 2 dagen op voorhand</li><li>• Sp-A: indicatief 5 dagen op voorhand</li></ul>  | Aantal patiënten die OM kregen en ontslagen werden   |      |
| Overmaken van ontslagdocumenten  | Bij ontslag dienen medische, verpleegkundige en paramedische ontslagdocumenten (ontslagbrieven/ ontslagdossier / zorgplan van de thuiszorg/ communicatieschijfje) te worden overgemaakt aan de patiënt en / of extramurale hulpverleners.   | Mediane duurtijd tussen bekend maken van de voorziene ontslagdatum en het eigenlijke ontslag in dagen    |      |
|                                  |   | Aantal patiënten waarvoor medische, verpleegkundige en paramedische ontslagdocumenten werden overgemaakt | *100 |
|                                  |   | Aantal patiënten die OM krijgen  |      |

OM = ontslagmanagement



**Tabel 2:**  
Performantiemaatstaven van ontslagmanagement op meso-niveau

| Labels                                      | Omschrijving   | Operationalisatie  |
|---|--|--|
| Ontslagmanagement in de opdrachtsverklaring | In de opdrachtsverklaring van het ziekenhuis zijn de uitgangspunten van ontslagmanagement terug te vinden  | Ja/neen  |
| Visietekst over ontslagmanagement           | In het beleidsplan wordt een gedetailleerde visietekst opgenomen over de toepassing van ontslagmanagement in het ziekenhuis, inclusief jaardoelstellingen en meerjarendoelstellingen   | Ja/neen  |
| Ontslagmanagement in organigram             | Expliciteren van de ontslagmanager / ontslagmanagement in het organigram van het ziekenhuis  | Ja /neen   |
| Instrumenten en procedures                  | Ontwikkelen van instrumenten en procedures om ontslagmanagement op microniveau toe te passen. (bv. ontwikkelen van screeningsformulier en afspraken omtrent gebruik; dossieropbouw; criteria voor organisatie van interdisciplinair teamoverleg; criteria voor organisatie van (transmuraal) zorgoverleg; ontslagprocedure; integratie opnamemanagement en ontslagmanagement, etc) | Omschrijving van de instrumenten en procedures die voor ontslagmanagement ontwikkeld werden              |
| Communicatie                                | Communicatie van visie over ontslagmanagement naar personeel   | Omschrijving van de communicatie van visie over ontslagmanagement naar personeel                         |
| Vorming                                     | Interne vorming over principes van ontslagmanagement en de concrete toepassing ervan   | Omschrijving van de initiatieven die werden genomen in het kader van vorming                             |
| Intramurale samenwerkingsspraken            | Expliciteren van de samenwerkingsprocedures /overlegstructuren tussen verschillende afdelingen/ diensten   | Omschrijving van de samenwerkingsprocedures /overlegstructuren tussen verschillende afdelingen/ diensten |
| Kwaliteitstoetsing                          | Toetsen van de kwaliteit van ontslagmanagement op microniveau aan de hand van indicatoren (bv: interne audit, patiëntentevredenheid, etc.)   | Omschrijving en rapportage van de kwaliteitstoetsing (minstens 1x/jaar)                                  |
| Verslag stuurgroep                          | Verslag van stuurgroepvergaderingen (minstens 3x/jaar)   | a.<br>Ja /neen<br>b.<br>Omschrijving van de samenstelling van de stuurgroep                              |

|                                       |   |   |      |
|---------------------------------------|---|---|------|
| Registratie heropnames                | Analyse van heropnames: <ul style="list-style-type: none"><li>• aantal heropnames binnen 90 dagen na ontslag (eventueel op basis van MKG/MPG)</li><li>• redenen van heropnames</li><li>• verblijfsduur van heropnames</li></ul> | a. Aantal patiënten heropgenomen binnen 90 dagen na ontslag<br>Aantal patiënten die ontslagen werden<br>b. Omschrijf de 5 belangrijkste redenen van heropname                           | *100 |
| Registratie institutiona-<br>lisering | Analyse van institutionalisering: <ul style="list-style-type: none"><li>• aantal opnames in residentiële zorg (ontslag naar...)</li><li>• redenen van institutionalisering</li></ul>  | a. Aantal patiënten die worden geïnstitutiona-<br>liseerd bij ontslag<br>Aantal patiënten die ontslagen werden<br>b. Omschrijf de 5 belangrijkste redenen van in-<br>stitutionalisering | *100 |

**Tabel 3:**  
Performantiemaatstaven van ontslagmanagement op macro-niveau

| Labels  | Omschrijving   | Operationalisatie |
|---|--|-------------------|
| Ontslagmanagement ingepast in algemeen beleidsplan            | Krachtlijnen omtrent ontslagbeleid vanuit de stuurgroep (meso) inpassen in het algemeen beleidsplan van het ziekenhuis   | Ja/nee            |
| Verslag Lokale Begeleidingscommissie of ander overlegplatform | <p>Verslaggeving van de lokale begeleidingscommissie of participatie in bestaande overlegstructuren die minstens 2x per jaar samenkomen. In deze structuren worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krachtlijnen omtrent transmurale samenwerking bepaald</li> <li>• Ontwikkelen van, participeren in, en faciliteren van transmurale communicatiestructuren</li> <li>• Opstellen of bijsturen van samenwerkingsprotocollen</li> <li>• Inschakeling van het ziekenhuis in zorgnetwerken/zorgvernieuwingsinitiatieven</li> <li>• Kwaliteit van de samenwerking bevorderen, bewaken en bijsturen</li> <li>• Uitdragen van expertise naar samenwerkingspartners</li> </ul> | Ja/nee            |
| Verslagen van deelname interviews                             | Deelname aan interviews of aan initiatieven genomen door het Ministerie van Volksgezondheid aangaande ontslagmanagement  | Ja/nee            |

trekking tot een specifiek proces of resultaat (O'Leary, 1994). Ontslagmanagers uit 21 G-diensten, 24 A-diensten en 6 Sp-diensten hebben de vragenlijst ingevuld. De bekomen antwoorden werden verwerkt met de techniek van inhoudsanalyse. Vooreerst werden de antwoorden van de ontslagmanagers letterlijk uitgeschreven. Vervolgens werden zij geclusterd en ingedeeld volgens micro-, meso- en macro-niveau. Elke cluster kreeg een voorlopig label. Omschrijvingen die verwezen naar principes of indirecte doelstellingen van ontslagmanagement, maar die niet direct meetbaar waren, werden verwijderd. De voorlopige lijst van maatstaven werd in drie opeenvolgende vergaderingen met experts op het vlak van ontslagmanagement besproken tot een consensus werd bereikt. Belangrijk hierbij was dat de maatstaven toepasbaar zijn voor G-, Sp- en A-diensten. Aansluitend werden ze geoperationaliseerd. Zoveel als mogelijk werden de performatiemaatstaven geoperationaliseerd met een teller en een noemer, zodat ze goed meetbaar zijn. Dit is trouwens de wijze van operationalisatie die gebruikt wordt in navigator®, het indicatorsysteem van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, 2004). Het was echter niet mogelijk om alle maatstaven op deze wijze te operationaliseren. Daarom werden ook andere meetmethoden gekozen: m.n. omschrijvingen en berekeningen.

## Resultaten

In totaal werden 25 verschillende performatiemaatstaven geïdentificeerd. Elf daarvan hebben betrekking op het micro-niveau (tabel 1), 11 op meso-niveau (tabel 2) en 3 op macro-niveau (tabel 3). Vier maatstaven worden op twee verschillen-

de wijzen geoperationaliseerd. Dit maakt dat de kwaliteit van ontslagmanagement in ziekenhuizen door middel van 29 operationalisaties in kaart kan worden gebracht. Hiervan worden er 11 uitgedrukt met een teller en een noemer, 7 op dichotome wijze (ja/nee), 10 omschrijvingen, en 1 berekening.

## Slotbeschouwing

Sinds 1998 wordt ontslagmanagement toegepast in de Belgische gezondheidszorg. De afgelopen jaren heeft ontslagmanagement heel wat doen bewegen in de ziekenhuizen. Door de toepassing van ontslagmanagement hebben sociale diensten van ziekenhuizen zich sterker kunnen profileren met hun expertise aangaande continuïteit van zorg. Ook in de geestelijke gezondheidszorg heeft ontslagmanagement een belangrijke plaats ingenomen, bijvoorbeeld in de zorgvernieuwing om de geestelijke gezondheidszorg meer patiëntgericht te maken, met aandacht voor het netwerk van de patiënt. Tevens werd een sterke samenwerking met nazorginstanties uit de regio uitgebouwd, zodat continuïteit van zorg bij het ontslag gewaarborgd was (Hillewaere et al., 2003).

Ontslagmanagement heeft in deze tijd onmiskenbaar een aantal evoluties ondergaan. Zo evolueerde het strikte onderzoeksprotocol naar een praktische implementatie van de methodiek van ontslagmanagement, ingebed in de sociale dienst. De lokale begeleidingscommissie werd omgevormd tot een functioneel samenwerkingsverband tussen het ziekenhuis en de regionale nazorginstanties. Dit heeft de ziekenhuizen heel wat vrijheid gegeven in de verdere implementatie van ontslagmanagement. Het nadeel is echter dat heel wat ontslagmanagers zich vandaag de vraag stellen of zij de kwaliteit le-

veren die de patiënten, maar ook de overheid, van hen verwacht. Een formele evaluatie van ontslagmanagement aan de hand van performantie-indicatoren zou hieraan kunnen tegemoet komen.

Dit artikel had als doel de huidige context van ontslagmanagement te situeren en empirisch gegenereerde performantiemaatstaven voor ontslagmanagement voor te stellen. Deze maatstaven, met daaraan gekoppeld de operationalisaties, kunnen een aanzet geven aan ziekenhuizen om hun performantie op het vlak van ontslagmanagement te evalueren, niet alleen op micro-niveau, maar ook op meso- en macro-niveau. Daarnaast kan deze lijst van performantiemaatstaven gebruikt worden door de overheid om een wetgevend kader te creëren, of om de evaluatie van ontslagmanagement door visitatiecommissies te kunnen sturen. Indien duidelijk is op welke maatstaven een ziekenhuis zal geëvalueerd worden, kunnen ziekenhuizen hier proactief mee omgaan en zich gedegen voorbereiden.

De uitgebreidheid van de lijst van performantiemaatstaven, en de verschillende niveau's waarop geëvalueerd kan worden, geeft duidelijk aan dat de gegevensverzameling niet alleen aan de ontslagmanager kan toegewezen worden. Dit is evenzeer een verantwoordelijkheid van stafmedewerkers en directies. Het is niet denkbeeldig dat de kwaliteitscoördinator hierin een sturende rol heeft, omwille van zijn/haar expertise op het vlak van performantiemetingen. Verder is de betrokkenheid van de MKG- of MPG-coördinator essentieel omdat bepaalde gegevens reeds systematisch in MKG of MPG verzameld worden.

De sterkte van de voorgestelde maatstaven is dat ze vanuit de ontslagmanagers zelf komen. Daarenboven werd de gegevensverwerking uitgevoerd door een groep van wetenschappelijk en klinische experts op het vlak van ontslagmanage-

ment. Deze twee strategieën garanderen de validiteit maar ook de haalbaarheid van de maatstaven en operationalisaties. De lijst van performantiemaatstaven, zoals ze momenteel wordt voorgesteld, kan echter niet gezien worden als een complete indicatorset. Hiervoor dienen, conform de methode die gebruikt wordt in navigator®, alle maatstaven geoperationaliseerd te worden door middel van een teller en noemer. Tevens dienen er per indicator definities, exclusiecriteria, registratie- en implementatieregels te worden opgesteld (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, 2004; Vleugels, Quaethoven, Breugelmans, & De Paepe, 2003). Zo werd bijvoorbeeld in het huidige voorstel nog geen tijdsperiode van gegevensverzameling bepaald. Een evaluatie van de haalbaarheid en wenselijkheid van de gegevensverzameling zal de toekomstige ontwikkeling hiervan sturen. Verder richt navigator® zich puur op klinische kwaliteitsindicatoren, terwijl in het huidige voorstel evenzeer maatstaven op organisatorisch vlak worden voorgesteld.

De voorgestelde performantiemaatstaven in dit artikel kunnen zeker nog verder ontwikkeld en geoperationaliseerd worden. De ervaringen die het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap heeft met klinische kwaliteitsindicatoren zullen deze ontwikkeling verder kunnen sturen. Op dit ogenblik wordt de voorgestelde lijst van performantiemaatstaven door de Federale Overheid dienst Volksgezondheid gebruikt om een wetgevend kader voor ontslagmanagement voor te bereiden. Dit zal ziekenhuizen en visitatiecommissies ondersteunen om een gedegen en uniforme performantiemeting van ontslagmanagement in de Belgische gezondheidszorg uit te voeren.

## Dankwoord

Deze studie werd gedeeltelijk gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken.

## Referenties

- Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap** (2004). *Navigator: Het indicatorsysteem van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap K.U.Leuven, Algemene ziekenhuizen - Indicatorset - Handboek*. Leuven: CZV.
- de Froidmont, C., De Geest, S., Denhaerynck, K., Ghyselen, K., Gosset, C., Hillewaere, L. et al.** (2001). *Ontslagmanagement in Belgische psychiatrische ziekenhuizen: Pilotstudie tweede fase*. Leuven-Luik: KUL-ULg.
- Donabedian, A.** (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Hillewaere, L., Decat, W., & Moons, P.** (2003). *Ontslagmanagement in de psychiatrische zie-*

- kenhuizen: vijf jaar later. Acta Hospitalia*, 43, 61-68.
- Hyde, C. J., Robert, I. E., & Sinclair, A. J.** (2000). The effects of supporting discharge from hospital to home in older people. *Age Ageing*, 29, 271-279.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R.** (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.*, CD000050.
- Moons, P., Steeman, E., Wouters, B., Indenkleef, S., Bollen, S., Manhaeve, D. et al.** (1999). Effectiviteit van ontslagmanagement in de Belgische gezondheidszorg: Onderzoekresultaten uit de algemene ziekenhuizen. *Acta Hospitalia*, 39, 45-56.
- O'Leary, M. R.** (1994). *Lexikon*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Vleugels, A., Quaethoven, P., Breugelmans, S., & De Paepe, L.** (2003). *Klinische performantie-indicatoren voor het kwaliteitsbeleid van de Vlaamse algemene ziekenhuizen*. Leuven: Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U.Leuven.
- Ziguras, S. J. & Stuart, G. W.** (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.*, 51, 1410-1421.